

卒業生用

証明書交付申請書

令和 年 月 日

※該当するものに○をつける

ふりがな
申請者氏名

- ・本人（旧姓の場合、
在籍時の氏名： ）
- ・代理人（証明対象者との関係： ）

代理人の場合、
証明対象者の氏名（在籍時の氏名）

昭和
平成 年 月 日生（ 歳）

住所 〒

携帯番号

卒業年次（ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年3月卒 ） 回生

申請証明書

種類	申込通数	提出先
成績証明書		
卒業証明書		
内申書		
その他証明書 ()		

使用目的（○印をつける）

- 1.試験 2.就職 3.その他（ ）

本人の確認資料（写）

- 運転免許証 健康保険証 准看護師免許証 その他（ ）

※以下の欄には記入しないでください。

局長	次長	総務部長	総務課長	係長・主任	係

交付日 令和 年 月 日
交付番号 第 号
第 号
第 号

(注 意)

- 1 証明書は、各 1 通 500 円です。郵送による申請を希望する場合は、郵便局で料金分の定額小為替証書を購入して、申請書類とともに郵送してください。
- 2 代理人の申請の場合、本人からの委任状が必要です。また、代理人本人であることを確認できる資料(写)を添付してください。
- 3 発行に要する期間は申請書を受理してから、1 週間以内(土・日・祝祭日含まず)に交付 (発送)いたします。

来館による申請を希望されても即日交付はできかねます。

申請書を受け取ってから証明書を発行するまでに要する期間が概ね 1 週間程度であることを考慮し、余裕をもって申請してください。

来館による申請・受取は、月～金曜日(祝祭日、年末年始含まず)の午前 9 時から午後 5 時までとします。

- 4 郵送による受取を希望する場合は、140 円切手を貼った A4 サイズの返信用封筒(宛先を記入したもの)を添付してください。
- 5 申請書送付先・問い合わせ先
〒997-0035 山形県鶴岡市馬場町 1-34
一般社団法人鶴岡地区医師会 総務課
TEL 0235-22-0136
FAX 0235-25-0772